การเตรียมภาพถ่ายสถานที่คลินิกเวชกรรม

เพื่อให้เจ้าหน้าที่พิจารณาเบื้องต้น



FDA SAMUTPRAKAN

ตัวอย่างการจัดเตรียมสถานที่ตามาตรฐานคลินิกเวชกรรม

โทร 0 2389 5980 ต่อ 106

งานสถานพยาบาล (อัจฉรา)

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

19 ซอย 35 (อัศวนนท์ 5) ถนนสุขุมวิท ตำบลปากน้ำ

อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ 10270



การส่งภาพถ่ายสถานที่

โดยแสดงให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ ณ วันยื่นเอกสาร

- ถ่ายรูปใส่ Smartphone หรือ Tablet
- ปริ้นท์สี ใส่กระดาษ A4
- ส่งรูปถ่ายผ่านไลน์ไอดี

*** แนะนำให้จัดเตรียมสถานที่ให้ครบถ้วนตามมาตรฐาน โดยสามารถอ่านรายละเอียดมาตรฐานเพิ่มเติมใน **“บันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกเวชกรรม”**

1. ภาพถ่ายด้านหน้าสถานพยาบาล

ถ่ายให้เห็นตัวอาคาร และ ป้ายชื่อคลินิก





2. ทางสัญจรสำหรับเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยสะดวก โดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน มีขนาดความกว้างของประตูเข้า-ออก ไม่ต่ำกว่า 80 เซนติเมตร



กรณีมีพื้นที่ให้บริการมากกว่า 1 ชั้น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

ต้องมี เปล หรือ แผ่นกระดานเคลื่อนย้ายผู้ป่วยพร้อมอุปกรณ์







กรณีมีพื้นที่ให้บริการมากกว่า 1 ชั้น

เพิ่มคลิปวีดีโอการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากชั้นบน ลงมายังชั้น 1





3. แผ่นป้ายแสดงชื่อ คลินิก ระบุประเภทและลักษณะคลินิก เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ



- ✓ ป้ายสี่เหลี่ยมผืนผ้า พื้นสีขาว
- ✓ ความกว้างของป้ายไม่น้อยกว่า 40 เซนติเมตร
- ✓ ความยาวไม่น้อยกว่า 120 เซนติเมตร
- ✓ ตัวอักษรสีเขียว ความสูงไม่ต่ำกว่า 10 เซนติเมตร

เว้นพื้นที่ว่าง ไว้เพิ่มตัวเลขภายหลังจากรู้เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบกิจ

4. ป้ายเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ บริเวณด้านหน้าประตูทางเข้าสถานพยาบาล



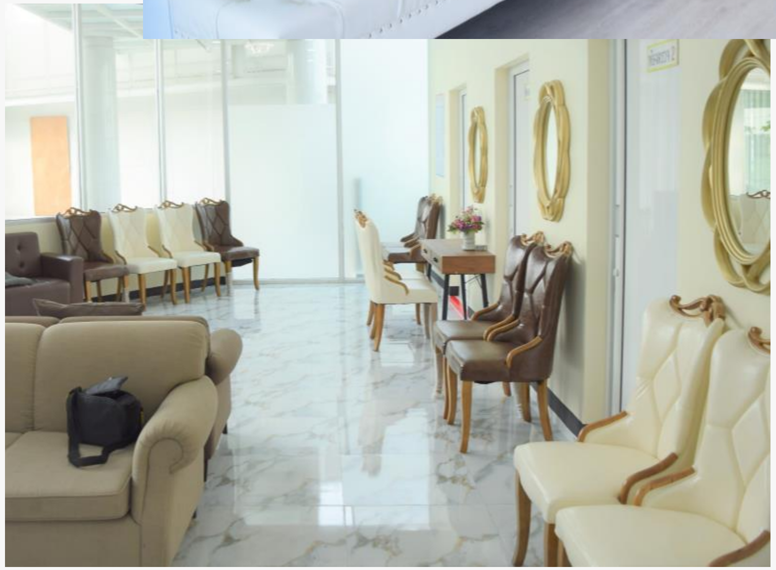
5. ป้ายแสดงข้อมูล วัน-เวลา ที่ให้บริการ (ข้อมูลตรงตามที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล)



6. ที่นั่งพักคอยตรวจ(มีพนักพิง) อย่างน้อย 5 ที่นั่ง









7. บรรยากาศในห้องตรวจหรือห้องให้การรักษา







โต๊ะตรวจโรค และเก้าอี้

อุปกรณ์ตรวจโรค

8. โต๊ะตรวจโรค และเก้าอี้ พร้อมอุปกรณ์ตรวจโรค

- ☐ หูฟัง (Stethoscope)
- ☐ เครื่องวัดความดันโลหิต (Sphygmomanometer)
- ☐ ปรอทวัดอุณหภูมิร่างกายหรืออุปกรณ์วัดอุณหภูมิ
- ☐ ไฟฉาย
- ☐ ไม้กดลิ้น

9. เตียงตรวจโรคที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ พร้อมมีบันไดขึ้นเตียง (Step) ที่นอน หมอน และผ้าคลุมตัว





10. อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ ภายในห้องตรวจโรค และห้องให้การรักษา(Treatment) ทุกห้อง

พร้อมสบู่ หรือเจลล้างมือ ผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมือ









11. เครื่องชั่งน้ำหนัก และ อุปกรณ์วัดส่วนสูง









12. ตู้เก็บยา และ ถาดนับเม็ดยา





ถาดยาทั่วไป

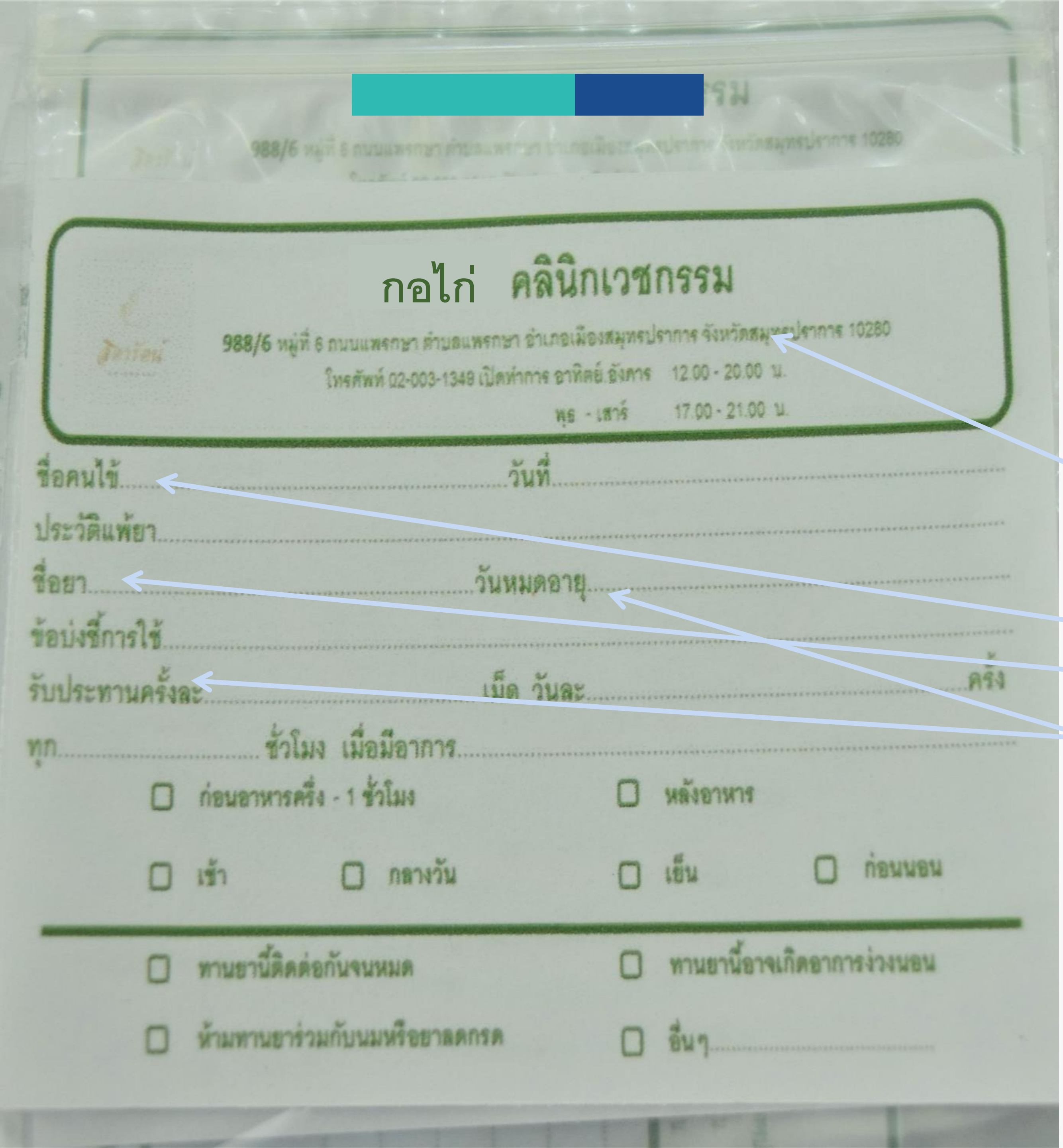
ถาดยา Penicillin

ตู้เก็บยา

ถาดนับเม็ดยา

มีถาดนับเม็ดยา <u>อย่างน้อย ๒ ถาด</u>

1. ถาดยาทั่วไป
2. กรณีต้องมีการแบ่งบรรจุยากลุ่มเพนนิซิลิน หรือยากลุ่มซัลโฟนาไมด์ หรือยากลุ่มต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAID)



13. ซองยา หรือภาชนะบรรจุยา

ต้องระบุรายละเอียดต่อไปนี้ให้ครบถ้วน

- ชื่อคลินิก
- ที่อยู่คลินิก (ตามที่ได้รับอนุญาต)
- ชื่อ – สกุลผู้ป่วย
- ชื่อยา/ความแรง/จำนวน
- ข้อบ่งใช้
- วิธีใช้ / คำเตือน
- วัน เดือน ปี ที่ยาหมดอายุ

14. กลุ่มยาอย่างน้อย 5 กลุ่มยา



เลือกรายการยา**อย่างน้อย 5 กลุ่มยา**
จาก 13 กลุ่มยาต่อไปนี้

- ❑ **กลุ่มยารักษาโรคติดเชื้อ ยาปฏิชีวนะ** ไม่น้อยกว่า ๓ ประเภท
- ❑ **กลุ่มยารักษาโรคทางเดินอาหาร** ไม่น้อยกว่า ๒ ประเภท
- ❑ **กลุ่มยารักษาโรคทางเดินปัสสาวะ** ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท
- ❑ **กลุ่มยารักษาโรคทางเดินหายใจ** ไม่น้อยกว่า ๒ ประเภท
- ❑ **กลุ่มยารักษาโรคระบบสมองและระบบประสาท** ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท
- ❑ **กลุ่มยารักษาโรคระบบไหลเวียนโลหิต** ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท
- ❑ **กลุ่มยารักษาโรคระบบผิวหนัง** ไม่น้อยกว่า ๒ ประเภท
- ❑ **กลุ่มยารักษาโรคระบบต่อมไร้ท่อ** ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท
- ❑ **กลุ่มยารักษาโรคในกลุ่มคลายกล้ามเนื้อ** ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท
- ❑ **กลุ่มยารักษาโรคในกลุ่มแก้ปวด ลดไข้** ไม่น้อยกว่า ๑ ประเภท
- ❑ **กลุ่มยารักษาโรคในกลุ่มยาแก้แพ้** ไม่น้อยกว่า ๒ ประเภท
- ❑ **กลุ่มยาอื่น ๆ** เช่น ยาฉีดป้องกันบาดทะยัก
- ❑ **กลุ่มเวชภัณฑ์อื่น ๆ** เช่น อุปกรณ์ทำแผล

15. ถังขยะทั่วไปและถังขยะติดเชื้อ ภายในห้องตรวจและห้องที่ให้บริการผู้ป่วยทุกห้อง



ถังที่มีลักษณะแบบเหยียบให้เปิด และมีฝาปิดมิดชิด วางคู่กัน

- ถังขยะติดเชื้อ ใช้ถุงพลาสติกสีแดง เขียนข้อความ “ขยะติดเชื้อ”
- ถังขยะทั่วไป ใช้ถุงขยะพลาสติก**สีดำ** เขียนข้อความ“ขยะทั่วไป”



16. ถังดับเพลิง

แบบที่ 1
ขนาดไม่ต่ำกว่า 10 ปอนด์
ติดตั้งโดยยึดกับผนังอาคาร
(จุดสูงสุดจากระดับพื้นอาคาร
ไม่เกิน 1.50 เมตร)

หรือ แบบที่ 2
มีฐานรองรับที่มั่นคง
(Fire Extinguisher Stand)

ติดตั้งทุกชั้นที่ให้บริการ

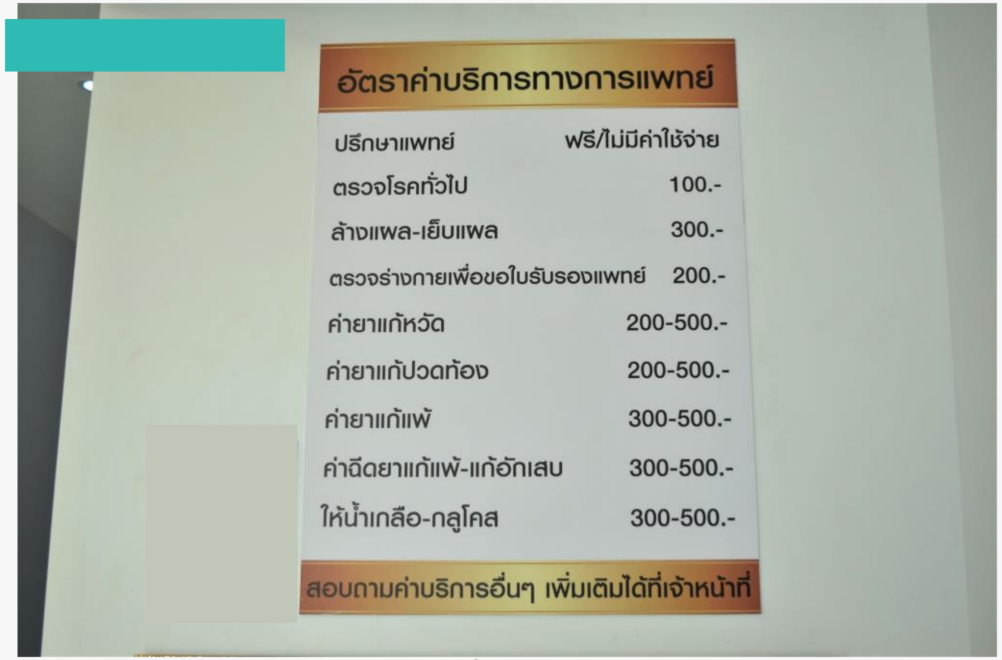




17. ป้าย “สอบถามอัตราค่าบริการและค่ารักษาพยาบาลได้จากที่นี่”

ตัวอักษรภาษาไทยขนาดความสูงไม่น้อยกว่า ๑๐ เซนติเมตร

18. ป้ายแสดงรายละเอียดอัตรารักษาพยาบาล และป้ายแสดงคำประกาศสิทธิผู้ป่วย



โดยจัดทำเป็นแผ่นประกาศ แผ่นพับ เล่มหรือแฟ้มเอกสาร
หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์
ด้วยตข้อความภาษาไทยเพื่อแสดงให้ผู้ป่วยทราบ

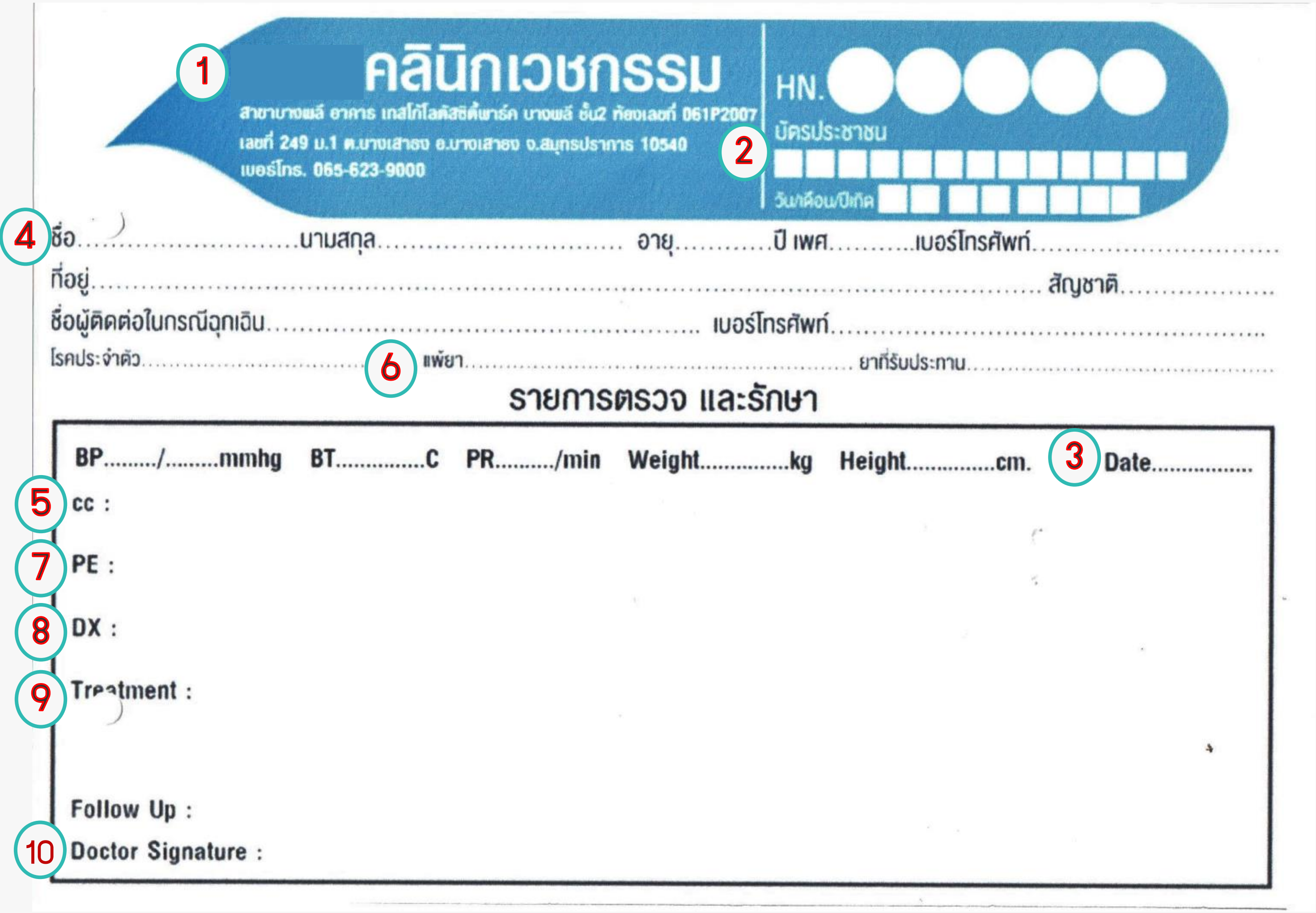


ติดตั้งบริเวณ
ที่พักคอยของ
ผู้รับบริการ

19. ที่เก็บเวชระเบียน



20. OPD Card เวชระเบียน หรือบัตรผู้ป่วย


1 คลินิกเวชกรรม
สาขาบางพลี อาคาร เทสโก้โลตัสซิตี้พาร์ค บางพลี ชั้น2 ห้องเลขที่ 061P2007
เลขที่ 249 ม.1 ต.บางเสาธง อ.บางเสาธง จ.สมุทรปราการ 10540
เบอร์โทร. 065-623-9000
HN.
2 บัตรประชาชน
วัน/เดือน/ปีเกิด
4 ชื่อ........................นามสกุล............................ อายุ...........ปี เพศ..........เบอร์โทรศัพท์...............................
ที่อยู่.. สัญชาติ.................
ชื่อผู้ติดต่อในกรณีฉุกเฉิน... เบอร์โทรศัพท์..
โรคประจำตัว.......................... 6 แพ้ยา.. ยาที่รับประทาน.............................

รายการตรวจ และรักษา

BP......../........mmhg BT..............C PR........./min Weight..............kg Height..............cm. 3 Date................
5 cc :
7 PE :
8 DX :
9 Treatment :
Follow Up :
10 Doctor Signature :

OPD Card ต้องระบุให้ครบถ้วน

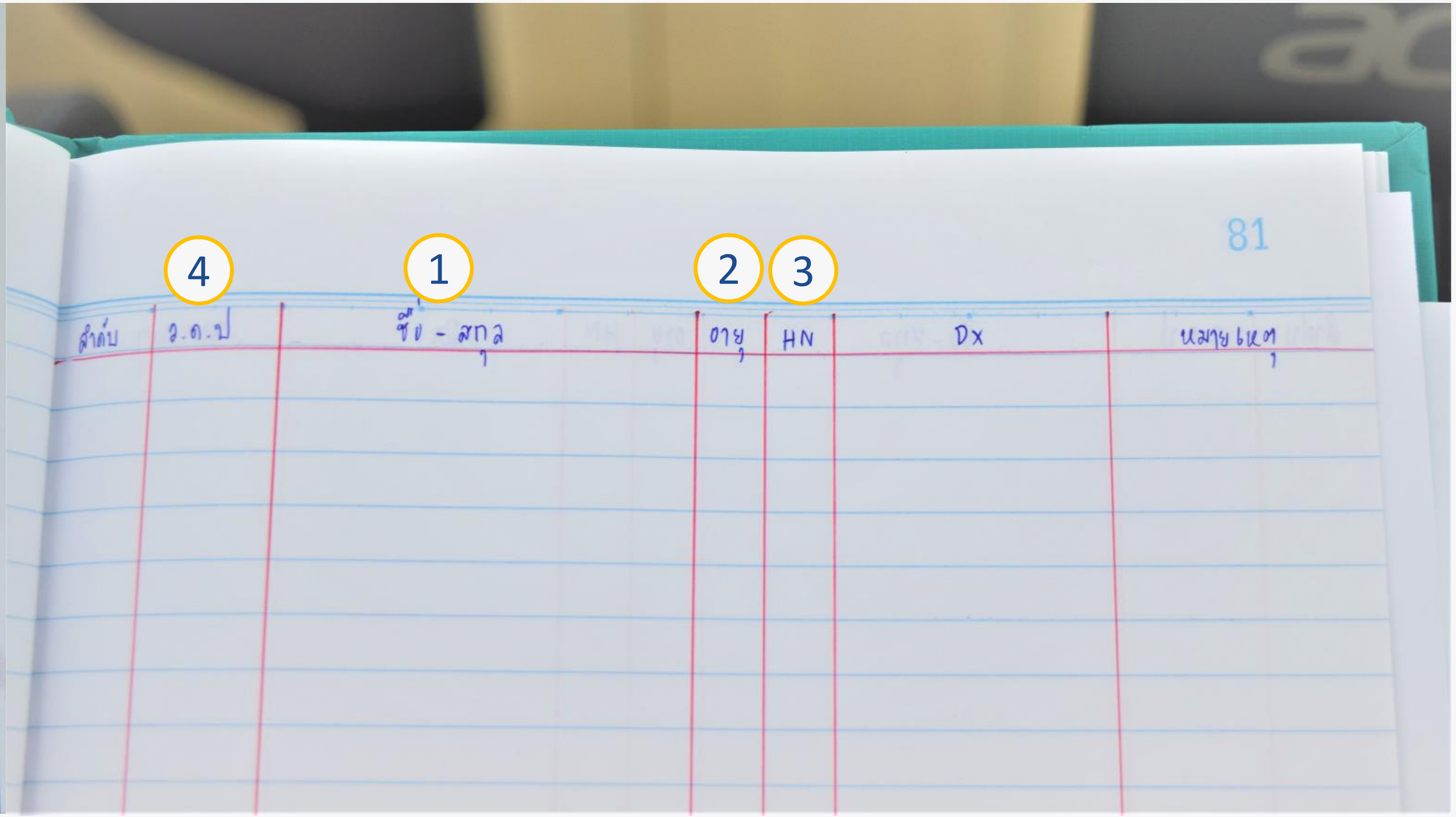
1. ชื่อสถานพยาบาล และสถานที่ติดต่อ พร้อมเบอร์โทรศัพท์
2. เลขบัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วย
3. วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ
4. ชื่อ นามสกุล **อายุ เพศ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์** (ถ้ามี) และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ ของผู้ป่วย
5. อาการเจ็บป่วย
6. การแพ้ยา
7. ผลการตรวจทางร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการชันสูตรของผู้ป่วย
8. การวินิจฉัยโรค
9. การรักษา
10. ลายมือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้การรักษาพยาบาล

21. สมุดทะเบียนผู้ป่วย

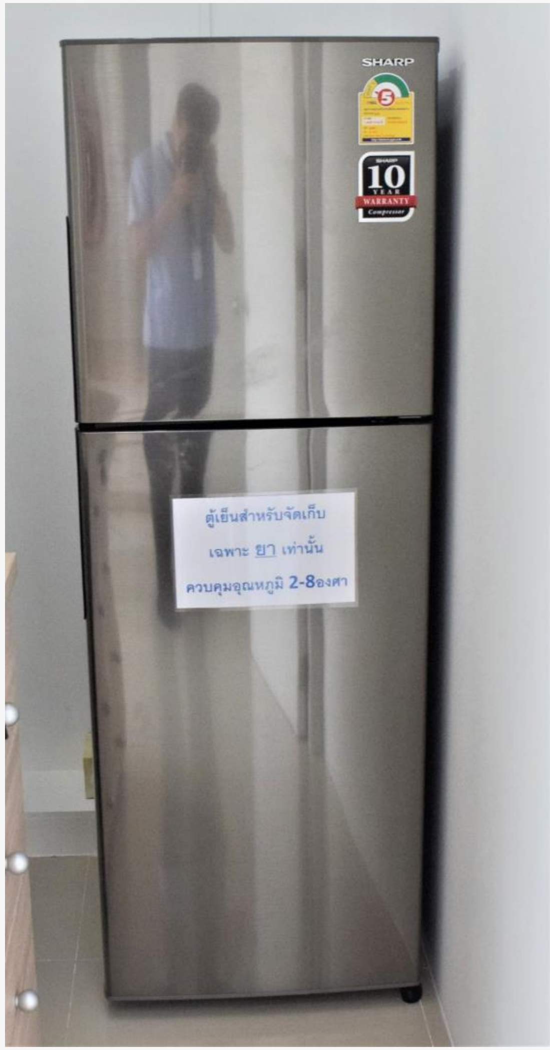
สำหรับบันทึกการมารับบริการของผู้ป่วยให้เป็นไปตามกฎกระทรวง

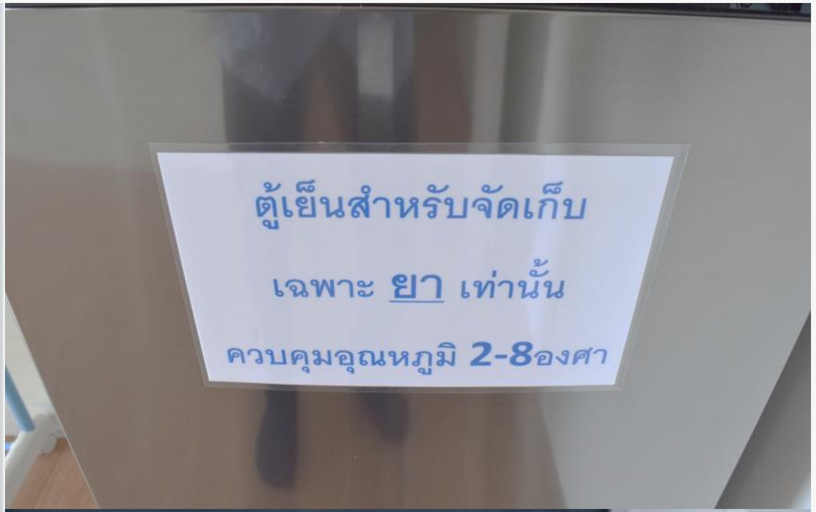
1. ชื่อ นามสกุล
2. อายุของผู้ป่วย
3. เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย
4. วัน เดือน ปี ที่มารับบริการ





22. ตู้เย็นสำหรับเก็บยาหรือเวชภัณฑ์อื่น





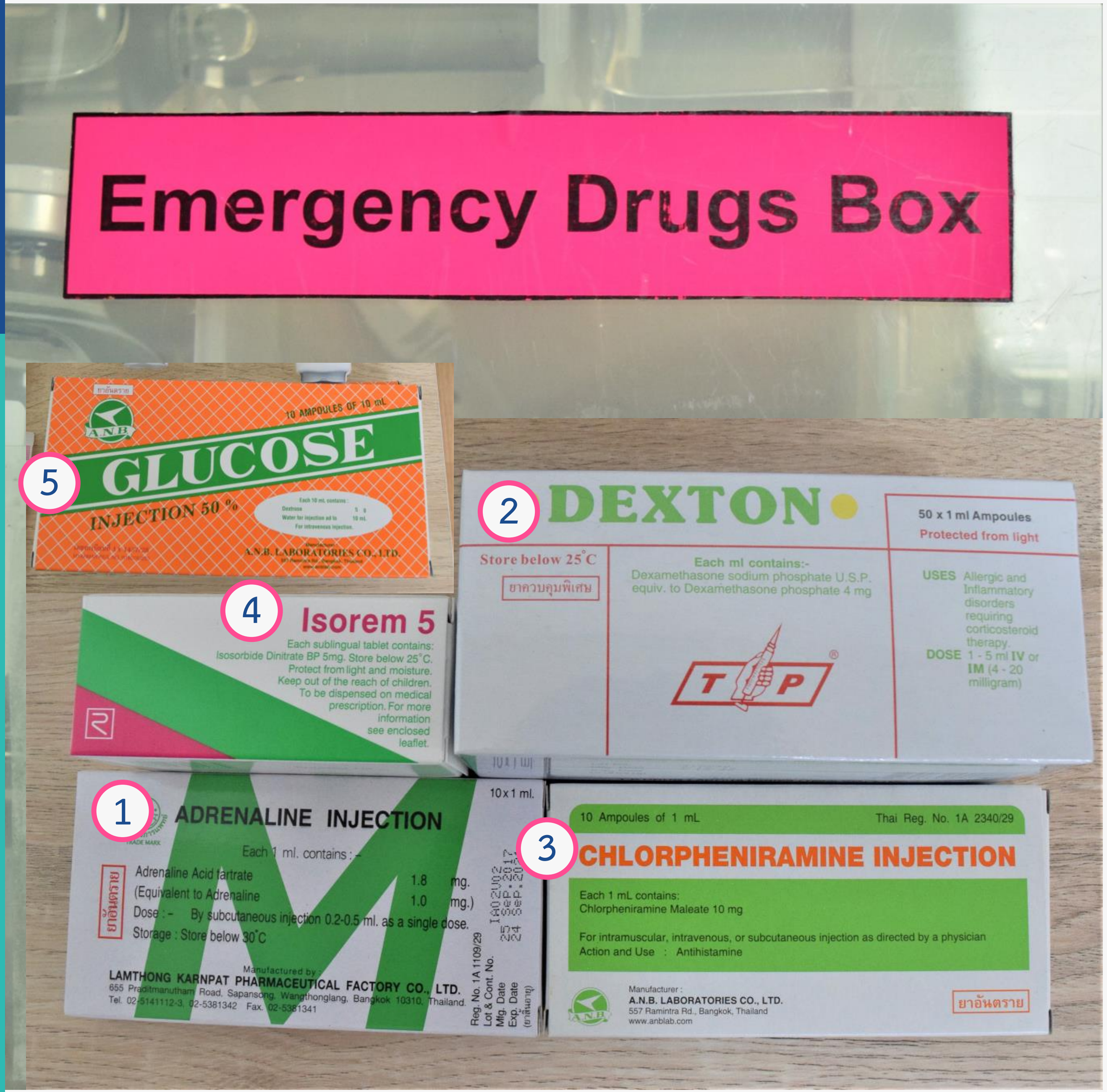


กรณีที่มีวัคซีนหรือยาที่ต้องเก็บไว้ในอุณหภูมิต่ำ ตู้เย็นต้องมีการควบคุมอุณหภูมิ โดยมี

1. เทอร์โมมิเตอร์
2. แบบบันทึกอุณหภูมิ

เดือน	อุณหภูมิ °C	บันทึกอุณหภูมิทุกวัน วันละ 2 ครั้ง เวลา 9.00, 15.00 น.																																																													
	>10 ระบุ																																																														
	10																																																														
สูงสุด	9																																																													
	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
....	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
ต่ำสุด	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	1																																																														
	0																																																														
	< 0 ระบุ																																																														
วันที่		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31	
ครั้งที่บันทึก		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
ผู้บันทึก																																																															
ผู้ตรวจสอบ																																																															
ผู้สุ่มตรวจสอบ																																																															
อุณหภูมิที่อ่านได้																																																															
เวลา																																																															

การจัดการกรณีอุณหภูมิตู้เย็นไม่อยู่ในช่วงปกติ : พื้นที่สีเหลือง (อุณหภูมิตู้เย็นช่องธรรมดา + 2°c - +8°c)



23. รายการยาของชุดช่วยชีวิตฉุกเฉิน

ต้องมียา 5 รายการ

- ❑ 1. ยาฉีด Adrenaline ๑ : ๑๐๐๐
- ❑ 2. ยาฉีด Steroid injection เช่น Dexamethazone Inj.
- ❑ 3. ยาฉีด Chlorphenilamine injection
- ❑ 4. ๕๐% Glucose injection
- ❑ 5. ยาอมใต้ลิ้นเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจ

- ✓ มีปริมาณเพียงพอ
- ✓ มีฉลากที่ถูกต้อง
- ✓ ไม่มียาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ









24. อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์สำหรับการช่วยชีวิตฉุกเฉิน จำนวนอย่างน้อย 8 รายการ

อุปกรณ์และเวชภัณฑ์	จำนวน
☐ (1) **ถุงบีบลม**เพื่อช่วยหายใจพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ	1 ชุด
☐ (2) NSS ๑,๐๐๐ cc. พร้อมชุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (set IV fluid)	2 ชุด
☐ (3) Medicut หรือเข็มแทงหลอดเลือดดำเพื่อให้น้ำเกลือ	2 ชุด
☐ (4) Disposable Syringe	5 หลอด
☐ (5) เข็ม Disposable	5 อัน
☐ (6) **เสาแขวนน้ำเกลือ** (Stand) ที่เคลื่อนย้ายได้	1 อัน
☐ (7) Oral Airway	1 อัน
☐ (8) Oxygen Tank พร้อมอุปกรณ์วัดปริมาณออกซิเจนในถัง	1 ถัง
☐ (9) อื่นๆ	
☐ (10) กรณีคลินิกเวชกรรมที่มีห้องผ่าตัดใหญ่จะต้องมีเครื่องกระตุกหัวใจ (Defibrilator)	1 เครื่อง

25. มีแผน และขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน



มีเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินติดต่อโรงพยาบาล



แผนขั้นตอนการช่วยชีวิตเบื้องต้น
และขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย

ติดผนังภายในห้องตรวจ

26. ห้องน้ำห้องส้วมที่ถูกสุขลักษณะ



27. หม้อนึ่งอบความดันที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ (Autoclave)





จัดทำคู่มือ หรือแผนภูมิแสดงขั้นตอน
การทำความสะอาดและทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ

Thank You!